

EDITORIAL

Efeito placebo

Placebo significa em latim “algo para agradar”. Mas em medicina tem uma conotação geralmente pejorativa, sugerindo que é algo dado para agradar ao doente e não para o beneficiar. Recentemente, foi adjudicada uma nova atribuição à definição: a falta de actividade farmacológica. Esta inovação trouxe com ela a ideia de “engano”. Ora, nada mais erróneo do que esta concepção, dado que é do conhecimento comum que nos ensaios clínicos controlados com placebo, os doentes com doenças depressivas, asma ou hipertensão que tomam o placebo melhoram substancialmente. Esta evidência da eficácia do placebo é algo que simultaneamente nos desafia e incomoda enquanto médicos.

É, também, conhecido que sempre que os médicos interagem com os doentes, isso tem um efeito em ambas as partes, efeito que Michael Balint designou por “médico como medicamento” e descreveu este efeito como uma parte dos recursos terapêuticos do médico. Se isto acontece, podemos considerar este efeito como um efeito placebo? Penso que não. Na verdade, qualquer pessoa que fale com um amigo ou qualquer doente que fale com um médico em quem confia, pode beneficiar dessa interacção. Estamos de facto no mundo do aconselhamento e da psicoterapia. E sabemos bem como tais interacções podem ter benefícios, mas também, naturalmente, podem provocar danos. Dito de outro modo, têm efeitos documentados sobre as pessoas.

Se aceitarmos esta limitação no uso do conceito de “placebo,” resta-nos considerar o efeito do placebo como estando relacionado com uma intervenção, geralmente a prescrição de um agente oral. Esta definição ajusta-se à que é dada no *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*: “preparação neutra quanto a efeitos farmacológicos, ministrada em substituição de um medicamento, com a finalidade de suscitar ou controlar as reacções, geralmente de natureza psicológica, que acompanham tal procedimento terapêutico”. Ora, esta definição não é suficiente para justificar o que antes foi mencionado em relação aos ensaios clínicos controlados com placebo, segundo as quais os placebos têm algum efeito.

Será, então, um placebo apenas uma intervenção possivelmente eficaz mas não provada pelo método

científico tradicional, tal como um ensaio clínico controlado e randomizado? Penso que será necessário começar a olhar mais aprofundadamente para o que é o efeito placebo.

Tentar definir o efeito placebo numa base meramente individual é impossível, dado existirem demasiadas variáveis que confundem o seu enquadramento — particularmente, o efeito da interacção médico-doente.

Num plano estatístico mais válido, o efeito placebo poderia ser definido como a diferença, nos efeitos, entre um grupo tratado com placebo e um grupo de controlo não tratado, num experimento controlado, por exemplo, um ensaio clínico randomizado. Se, então, aceitarmos que um placebo tem um determinado efeito e considerando que umas intervenções têm sempre menos efeito do que outras, porque deve ser uma intervenção designada por “placebo” e uma outra por “activa”? Dito de outro modo, o facto de um placebo ser melhor do que nenhum tratamento não torna o placebo num tratamento activo? Se assim for, isto leva-nos a uma definição de placebo segundo a qual “um placebo será uma intervenção que não apresenta um efeito específico na doença, mas que é melhor do que nenhuma intervenção.”

Esta definição faz-nos avançar um pouco mais ao incluir o conceito de “crença” em vez do de “conhecimento”; ora, acreditar num tratamento pelo médico/terapeuta/prático e, sobretudo, pelo doente, é o próprio do efeito placebo. Mas, ainda em relação à definição anterior, o que significa a designação “específico”? O “específico” na frase “efeito específico” significa invariavelmente que existe uma evidência científica, ou mesmo uma teoria explicativa de um mecanismo de acção? Parece que sim, muito embora não saibamos o mecanismo de acção de alguns tratamentos activos que usamos na prática diária, como é o caso do lítio para o tratamento da doença bipolar. Ora, pode acontecer que alguns tratamentos que hoje etiquetamos como “efeitos placebo”, sendo provado o seu benefício em determinadas doenças isso implicará a mudança da sua designação.

Deixemos esta questão da definição nos termos em que está — isto é, considerando o placebo como sendo eficaz em algumas circunstâncias e que a “crença” na

sua eficácia é importante – e analisemos o campo da praxis médica na qual a progressão normal dos acontecimentos que se ensinam aos estudantes de medicina — história → diagnóstico → tratamento – é, frequentemente, impossível de ser seguida. Diversos estudos mostraram que para cerca de 40-60% de doentes da clínica geral no Reino Unido, nenhum diagnóstico firme podia ser feito (Thomas, 1978). Quando somos incapazes de fazer um diagnóstico, temos que nos mover directamente da história para o tratamento. E quando o diagnóstico estiver em dúvida, há uma probabilidade muito maior dos médicos prescreverem um tratamento que não tem nenhum efeito benéfico provado e, nesse caso, agir somente como um placebo. Um problema que aqui pode acontecer reside no facto de um sucesso aparente desse tratamento poder induzir o médico a pensar que o diagnóstico estava correcto e o tratamento ter sido, especificamente, eficaz. Isto pode não ser verdadeiro, tendo Thomas (1978) designado este fenómeno como a “ilusão terapêutica” e poder resultar em consequências graves de natureza ética. Um exemplo disto é o uso de antibióticos em faringites víricas em que o doente melhora. A questão aqui é a seguinte: o médico acredita que o antibiótico está a ser eficaz? Neste caso, ele não tem conhecimento dos resultados dos ensaios clínicos. Ou, então, estará a usar o antibiótico como um placebo? Por uma razão ou por outra, isto é, se o médico acredita que o antibiótico é eficaz nesta situação, ou prescreve o antibiótico como um placebo, está a cometer um erro ético, mesmo que o doente não sofra nenhuma consequência negativa.

Parece, pois, que o efeito placebo é usado frequentemente na prática clínica de uma forma não consciente. Mas o que dizer sobre o seu uso deliberado? Deveríamos nós, prescrever drogas ou procedimentos que sabemos não terem nenhum valor específico, se a evidência os indicasse como não prejudiciais? Esta é uma questão muito controversa. Poderemos considerar que pode haver ocasiões em que um placebo apropriadamente prescrito será menos prejudicial e talvez mais benéfico do que uma droga incompletamente compreendida? Em 1998, Brown afirmava: “se os médicos pudessem ver os placebos como vêm muitas outras drogas convencionais, enquanto terapias amplamente eficazes, cujos mecanismos não estão completamente compreendidos

e que tendem a ser mais eficazes em algumas circunstâncias do que noutras (e em alguns doentes mais do que noutros), poderiam prescrever honestamente placebos como tratamentos plausíveis.”

É evidente que esta perspectiva não se coaduna com os princípios da medicina baseada na evidência, mas também é sabido que os placebos têm um efeito activo em doentes ansiosos ou que tenham perfis de personalidade dependente (Saintonge e Herxheimer, 1994). Por isso, se considera actualmente a necessidade de se ajustar o tratamento às características da personalidade do doente – algo que frequentemente se faz com o uso de substâncias activas. Mas essa prática não deverá incluir também o uso de placebos?

A resposta a esta questão pode ser encontrada na distinção entre *doença* e *padecimento*. A doença é definida como um estado somático anormal (p. ex., hiperglicemia na diabetes, uma fractura de um membro ou uma infecção pulmonar). Padecimento é o sentimento de mal-estar, que normalmente faz com que o doente procure um médico, mas também o que as pessoas sentem quando têm alguma doença. É a vivência da doença por parte do doente. Mas é também o que elas sentem quando apresentam uma condição de saúde cuja causa nós não conseguimos explicar. Ora, o que os médicos têm de tratar é o padecimento, quer curando a doença com um remédio específico ou por outros meios, tais como o uso do “médico como medicamento” ou com o uso de um placebo.

Esta é uma questão em aberto que nos interpela diariamente quando temos de decidir o que prescrever para aliviar o sofrimento dos doentes que nos procuram. Devemos ou não prescrever substâncias que não têm efeito específico provado para uma determinada doença, mas que sabemos que poderá aliviar o sofrimento do doente que está ao nosso cuidado? Deixo ao leitor a tarefa de reflectir sobre esta questão.

J. Marques-Teixeira

Referências

1. Brown WA. (1998). Should doctors be prescribing sugar pills? *Sci Am* 278:90 – 95.
2. Chaput de Saintonge DM, Herxheimer A. (1994). Harnessing placebo effects in health care. *Lancet* 344: 995 – 998.
3. Thomas KB. (1978). The consultation and the therapeutic illusion. *Br Med J* 1:1327 – 1328.